

**TERAPIA COGNITIVA EN UN PACIENTE CON TRASTORNO OBSESIVO
COMPULSIVO**

Autora:

Melisa Parra Muñoz

Directora:

Ana María Arias Zuleta



Maestría en Psicología- Profundización en Clínica

Facultad de Psicología

UNIVERSIDAD DEL NORTE

MEDELLÍN

2020

Tabla de contenido

1. Introducción	7
2. Justificación	10
3. Área Problemática	12
4. Objetivo General	16
Objetivos específicos	16
5. Marco Conceptual de Referencia	17
5.1 Trastorno Obsesivo Compulsivo	17
5.1.1 Antecedentes históricos	17
5.1.2 Criterios diagnósticos del trastorno obsesivo compulsivo DSM-5	18
5.1.3 Clasificación de Obsesiones	20
5.1.4 Diagnostico Diferencial	20
5.1.5 Comorbilidad	22
5.1.6 Prevalencia	22
5.1.7 Curso y Desarrollo	23
5.1.8 Factores de riesgo	24
5.1.9 Modelos Explicativos del Trastorno Obsesivo Compulsivo	25
5.2.2 Evaluación del Trastorno Obsesivo- Compulsivo	29
5.2.3 Tratamiento del Trastorno Obsesivo- Compulsivo	32

6. Historia del Caso	38
6.1 Información de Identificación	38
6.2 Queja Principal	38
6.3 Historia del Problema actual	38
6.4 Historia psiquiátrica pasada	39
6.5 Historia Personal y Social	40
6.6 Historia Médica	41
6.7 Observaciones sobre el estado mental	41
6.8 Evaluación	41
6.9 Diagnostico DSM 5	42
7. Formulación del caso	42
7.1 Precipitantes	42
7.2 Visión Transversal de las cogniciones	43
7.3 Enfoque Longitudinal de las Cogniciones	44
7.4 Fortalezas	44
7.5 Hipótesis de Trabajo	45
8. Plan de tratamiento	46
8.1 listado de problemas	46
8.2 Objetivos Terapéuticos	46
8.3 Plan de Tratamiento	47

9. Intervenciones	48
9.1 Relación Terapéutica	49
9.2 Obstáculos	50
9.3 Resultados	50
10. Descripción de las sesiones	51
10.1 Primera sesión	51
10.2 Tercera sesión	52
10.3 Cuarta Sesión	54
10.4 Quinta sesión	55
10.5 Octava Sesión	57
11. Análisis del Caso	59
12. Conclusiones	61
13. Bibliografía	64

Resumen

El presente es un estudio de caso clínico de un paciente con un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo el cual se hace visible posterior a la muerte de su abuelo y a la remisión parcial de los síntomas de agorafobia. El objetivo del siguiente estudio es describir como el modelo cognitivo puede aplicarse en una persona con diagnóstico de TOC, desde la conceptualización, planificación del tratamiento, elección de herramientas y técnicas. En el caso se sigue el modelo de organización de datos y formulación del caso de la Academia de Terapia Cognitiva. El tratamiento utilizado se basó en el modelo cognitivo el cual propone que las valoraciones distorsionadas de los pensamientos intrusivos son uno de los principales factores de mantenimiento del trastorno, adicionalmente se fundamentó en los siguientes objetivos terapéuticos: disminuir niveles de ansiedad, disminuir activación fisiológica, abordar pensamientos obsesivos, extinguir conductas de neutralización, modificar pensamientos distorsionados por pensamientos adaptativos, modificar esquema de vulnerabilidad al daño, disminuir conductas de evitación, desarrollar habilidades para la toma de decisiones. Como resultado se logró un adecuado manejo de las obsesiones, adecuado manejo de las herramientas brindadas durante la terapia y una disminución significativa de la ansiedad.

Palabras Claves: Terapia cognitivo conductual, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Modelo Cognitivo.

Abstract

This is a clinical case study of a patient with a diagnosis of obsessive-compulsive disorder, which becomes visible after the death of his grandfather and the partial remission of the symptoms of agoraphobia. The objective of the following study is to describe how the cognitive model can be applied in a person diagnosed with OCD, from conceptualization, treatment planning, choice of tools and techniques. In the case, the data organization and case formulation model of the Academy of Cognitive Therapy is followed. The treatment used was based on the cognitive model which proposes that distorted evaluations of intrusive thoughts are one of the main maintenance factors of the disorder, additionally it was based on the following therapeutic objectives: decrease anxiety levels, decrease physiological activation, Address obsessive thoughts, extinguish neutralizing behaviors, modify thoughts distorted by adaptive thoughts, modify vulnerability to harm scheme, decrease avoidance behaviors, develop decision-making skills. As a result, adequate management of obsessions, adequate management of the tools provided during therapy, and a significant decrease in anxiety were achieved.

Key Words: Cognitive behavioral therapy, Obsessive Compulsive Disorder, Cognitive Model

1. Introducción

El Trastorno Obsesivo Compulsivo es una enfermedad mental con un índice de prevalencia a nivel mundial del 2% haciendo de esta una de las patologías más incapacitantes, ya que las personas no acuden a tiempo a consulta debido al temor a ser juzgados o a la vergüenza que les ocasiona las obsesiones. (Biglieri, 2013)

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se caracteriza por dos componentes: las obsesiones, entendidas como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes e intrusivos que generan un alto grado de malestar y las compulsiones como actos mentales o comportamientos que surgen en respuesta a una obsesión, ya que su fin es disminuir la ansiedad generada por la valoración distorsionada del pensamiento intrusivo. Las obsesiones pueden tener múltiples contenidos sin embargo los más frecuentes son: la contaminación, simetría, impulsos agresivos, imágenes sexuales, dudas repetidas, rumiaciones obsesivas y contenido religioso. Aunque la compulsión surge para reducir el malestar o prevenir la situación temida, no se encuentra relacionada de forma realista con la obsesión.

El TOC suele aparecer en la adolescencia o en la adultez temprana, a pesar de esto se han reportado casos en donde su comienzo es después de los 35 años lo cual es inusual. El TOC también se puede presentar en la infancia, en estos casos se observa un deterioro en la calidad de vida, agravándose con los pasos de los años, esto se asocia a la dificultad que tienen los niños y padres en la comprensión de los síntomas, también se desarrolla una codependencia ya que los niños con TOC involucran a sus padres en los rituales, generando dificultades en la interacción

entre padres, así mismo estos niños se vuelven víctimas de acoso escolar en el colegio. (Vargas, Palacios, González, & Peña, 2008, pág. 174)

Sin un tratamiento adecuado el TOC suele ser crónico, además es uno de los trastornos que menores índices de remisión espontánea presenta, a pesar de esto la terapia cognitivo conductual junto con la terapia farmacológica ayuda a la disminución de los síntomas, sin embargo, los síntomas suelen reaparecer en situaciones de estrés.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, se hace importante presentar el presente caso en donde se aplicó la terapia cognitiva basados en el modelo de presentación de caso sugerido por la academia de terapia cognitiva, esto permitió establecer una hipótesis cognitiva sobre el origen del problema, esquemas y estrategias del paciente, facilitando la planificación del tratamiento e intervenciones que generaran mejoría.

Por esta razón en el transcurso del presente estudio de caso único se podrá observar como el TOC ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, desde la época de San Agustín de Hipona, hasta la fecha actual, además de esto se expondrá los criterios que han sido utilizados para diagnosticar el TOC, teniendo en cuenta aquellos diagnósticos diferenciales del trastorno. Adicionalmente se darán a conocer la proporción de personas que presenta TOC a nivel mundial, considerando la edad de inicio de la enfermedad y como el curso de esta suele ser crónico sin un tratamiento adecuado. También se mostrarán aquellos factores de riesgo tanto temperamentales, ambientales y genéticos que hace que una persona sea más vulnerable a presentar TOC.

Otro aspecto importante que se señalará en el presente estudio, son los modelos que explican el origen y el mantenimiento de la enfermedad, las herramientas más utilizadas para evaluar el TOC y aquellos tratamientos que han sido eficaces en el abordaje de este. Finalmente se mostrará de

forma detallada como lo observado anteriormente se pudo aplicar en un paciente diagnosticado con TOC y cuáles fueron los resultados de la intervención.

Este tipo de casos permite ilustrar al lector sobre la importancia del tratamiento cognitivo en el TOC, haciendo énfasis en aquellos esquemas subyacentes los cuales sino son reestructurados pueden generar una aparente mejoría.

2. Justificación

El presente trabajo será bajo la modalidad de estudio de caso clínico ya que es una metodología utilizada en la investigación de la psicología, específicamente en la psicología clínica. Esta metodología permite a los psicólogos clínicos poder observar las experiencias dentro de la terapia, de una forma sistematizada, ordenada, ya que es transmitida en términos estándares haciendo un acercamiento entre la teoría y la práctica, de este modo estas experiencias son comprensibles dentro de la comunidad profesional.

Los estudios de caso clínico se caracterizan por presentar la siguiente estructura: “título del caso, psicólogo, centro, resumen, identificación del paciente, análisis del motivo de consulta, historia del problema, análisis y descripción del problema, establecimiento de las metas del tratamiento, estudio de los objetivos terapéuticos, selección del tratamiento más adecuado, selección y aplicación de técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta etapa, aplicación del tratamiento, resultados del tratamiento, seguimiento y observaciones” (Buela Casal & Sierra, 2002. p.527). Estas directrices permiten mayor comprensión en la presentación de caso.

Otra metodología de la cual se basará para el presente estudio de caso clínico es bajo la conceptualización cognitiva creada por la academia de terapia cognitiva. Esta conceptualización, utilizada por los terapeutas cognitivos se convierte en una guía para un tratamiento efectivo puesto que permite al terapeuta comprender la problemática del paciente, origen y a partir de ahí establecer un plan de acción. (Toro & Ochoa, 2010, pág. 97).

Este estudio de caso clínico se realizó con un paciente que presenta un diagnóstico de Trastorno Obsesivo compulsivo, se escogió este caso debido a la dificultad que generó la

elección de diagnóstico, dado que en un inicio fue complejo distinguir la sintomatología debido a un cuadro de agorafobia de 12 años en remisión parcial, lo cual no permitía visibilizar la patología presente. Gracias al riguroso análisis del caso, fue quedando claro el componente obsesivo compulsivo y como este estaba asociado con el antecedente de agorafobia. Adicionalmente se pudo encontrar en el paciente esquemas de vulnerabilidad al daño los cuales al estar presentes no permitían una adecuada evolución.

Casos como este son importantes para la comunidad academia porque muestra la importancia de una formulación sistematizada y rigurosa la cual permite un análisis adecuado y de este modo poder tomar decisiones que lleven a establecer un tratamiento eficiente para el paciente, puesto que muchas personas pueden estar mal diagnosticadas por falta de un análisis riguroso. Otra razón por la cual es importante el presente estudio es la prevalencia en Colombia ya que, según el estudio de Salud Mental en Colombia, realizado en 1991, reporta una prevalencia del TOC del 3.6% (Urrego & Cocoma, 1999). Adicionalmente un estudio realizado por ASOCOPSI reporta que el 30% de la población colombiana presenta algún tipo de trastorno de la salud mental, y dentro de este porcentaje reporta que 3% de ellos presentan TOC. (Gualtero Reyes, Orjuela Guerrero, Gonzales Lysarazo, & Betancur Maldonado, 2008)

3. Área Problemática

El presente estudio de caso clínico está basado bajo el contexto de la psicopatología, la cual es entendida como “Aquello que se desvía de la normalidad (Un rasgo de personalidad, una capacidad intelectual, un acto mental, un comportamiento, una emoción) que resulta poco frecuente, que no entra en los límites de la distribución normal de la población”. (APA, 2014)

No todo aquello que se desvíe de la normalidad es considerado psicopatológico, por esta razón se tiene en cuenta los siguientes criterios: *El criterio estadístico*, consiste en las variables que definen psicológicamente una persona sin patología, estas son tomadas de referencia de la población general; *La continuidad* se basa en que las personas presentan ciertas características que se pueden observar en la psicopatología, sin embargo en los trastornos mentales estas características son exacerbadas o ausentes; *El criterio social e interpersonal* hace referencia a la capacidad de adaptarse a los comportamientos aceptados, habituales y esperables de la sociedad, por este motivo es que algunos comportamientos considerados anormales dependerán del contexto para caracterizarse como psicopatológica; Finalmente el *criterios subjetivo* determinado como el malestar clínicamente significativo el cual dependerá de la individualidad de la persona. (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008)

Otro concepto sobre el cual está enmarcado el presente estudio de caso clínico es la terapia cognitivo conductual creada por Aron T. Beck en los años 60 la cual inició con el abordaje de la depresión y posteriormente se utilizó para abordar otras alteraciones mentales como la ansiedad, fobias, dolor, entre otras. Esta terapia se caracteriza por ser estructurada, activa, directiva y de tiempo limitado. Adicionalmente concibe al hombre como un procesador activo de la información que no está determinado por el ambiente, sino que es un ser responsable que procesa información de acuerdo con su estilo interpretativo el cual configura la forma de ver el mundo.

Teniendo en cuenta la definición anterior, las perturbaciones psicológicas están relacionadas con una distorsión del pensamiento que determina la respuesta emocional y conductual, desarrollando una percepción de la realidad distorsionada. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1983)

El enfoque de esta terapia consiste en modificar los esquemas disfuncionales, se entenderá el esquema como una estructura cognitiva donde están representadas las creencias sobre sí mismo, el mundo y los demás. Beck menciona que el esquema es el núcleo para transformar las percepciones en cogniciones, puesto que este constituye la base para localizar, diferenciar y modificar el estímulo con el que se enfrenta el individuo, es decir que los esquemas estructuran las experiencias de los individuos. También menciona errores en el procesamiento de la información que contribuyen a mantener la existencia de la creencia, estas distorsiones se pueden clasificar en: Inferencia arbitraria (predecir situaciones que se darán de una forma específica antes de conocer los hechos), abstracción selectiva o filtraje: (se resaltan unos detalles mientras se ignoran otros), sobregeneralización: (tomar un evento específico como característico de la vida en general), magnificar o minimizar (sobreevaluar la importancia de una situación o minimizar la importancia de esta), personalización: (cuando se toma una situación o conductas de los demás como personal), pensamiento dicotómico: (se perciben las situaciones en términos de categorías extremas) entre otras.

El propósito fundamental de esta terapia es enseñar al individuo a que aprenda a resolver dificultades que por la percepción distorsionada veía como insuperables, por este motivo trabaja terapeuta y paciente en equipo para conseguir que la persona: “(1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; (2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; (3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados ; (4) sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y (5) aprender a

identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias”
(Beck J. , 1995)

Específicamente la patología que se abordará en este estudio de caso único será el trastorno obsesivo compulsivo. EL trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se caracteriza por dos componentes: las obsesiones, entendidas como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes e intrusivos que generan un alto grado de malestar y las compulsiones como actos mentales o comportamientos que surgen en respuesta a una obsesión, ya que su fin es disminuir la ansiedad generada por la valoración distorsionada del pensamiento intrusivo. Las obsesiones pueden tener múltiples contenidos sin embargo los más frecuentes son: la contaminación, simetría, impulsos agresivos, imágenes sexuales, dudas repetidas, rumiaciones obsesivas y contenido religioso. Aunque la compulsión surge para reducir el malestar o prevenir la situación temida, no se encuentra relacionada de forma realista con la obsesión. (APA, 2014)

Con respecto al curso y desarrollo del TOC la Asociación Americana de psiquiatría reporta una edad media de inicio de los 22 y 35 años, el curso suele ser crónico sin un tratamiento adecuado; Adicionalmente la inhibición del comportamiento en la infancia, el maltrato físico y sexual se han considerado como un factor de riesgo. Por otra parte, la prevalencia a nivel mundial es de 1.8% haciendo de esta una de las patologías más incapacitantes ya que las personas no acuden a tiempo a tratamiento debido al temor a ser juzgados o a la vergüenza que les produce las obsesiones. (Bingleli, 2013)

La comorbilidad del TOC se ha asociado con diferentes trastornos mentales como: TOC como los siguientes: trastorno depresivo (TD), trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de fobia social (TFS), trastorno de pánico (TP), trastorno por agorafobia (TA), fobias específicas (FE), trastorno de ansiedad de separación (TAS), trastorno bipolar (TB), trastorno dismórfico corporal (TDC), tricotilomanía (TTM), trastorno de excoriación (TE), trastorno de tics (TT), trastorno de conducta alimentaria (TCA), trastorno de control de impulsos (TCI) y el trastorno por uso de sustancias (TUS) trastorno obsesivo de la personalidad (TOP). (Vargas A. L., 2017, pág. 36)

Por lo anteriormente expuesto lo que se pretende en este trabajo es mostrar la aplicación y los resultados de la terapia cognitivo conductual en un paciente con trastorno obsesivo compulsivo.

4. Objetivo General

Analizar clínicamente un caso de una persona con Trastorno Obsesivo- Compulsivo, teniendo en cuenta todas las fases del proceso, desde la evaluación, el diagnóstico, formulación e intervención, partiendo desde el modelo cognitivo.

Objetivos específicos

- Analizar los factores cognitivos, emocionales, conductuales y ambientales que se asocian al trastorno obsesivo compulsivo.
- Evaluar las diferentes comorbilidades con el propósito de realizar un diagnóstico diferencial.
- Analizar las diferentes propuestas, guías y protocolos de intervención para el trastorno Obsesivo- Compulsivo, con el fin de identificar las de mayor eficacia y contrastarlas con la aplicación en el caso clínico estudiado.
- Describir las principales estrategias de intervención desde el modelo cognitivo conductual, evidenciando la eficacia de las mismas en el presente caso.

5. Marco Conceptual de Referencia

5.1 Trastorno Obsesivo Compulsivo

5.1.1 Antecedentes históricos

El trastorno Obsesivo-Compulsivo ha estado presente en lo largo de la historia, San Agustín de Hipona, considerado como el primer doctor de la iglesia cristiana, en su doctrina del pecado comienza a hablar de conflictos internos como culpa, resistencia a la norma cristiana, deseos desordenados de naturaleza obsesiva. En la obra literaria “Anatomía de la melancolía” de Robert Burton, menciona la palabra “escrúpulo” para definir la obsesión de culpa frente a la duda obsesiva de hacer lo bueno o malo, correcto o incorrecto, además de esto menciona en su obra, personas angustiadas por temor a caer en el pecado debido al “escrúpulo”. Durante el siglo V religiosos tenían establecido las diferencias entre obsesión y posesión, ellos mencionaban que la persona que estaba poseída se caracterizaba por no estar consistente de la situación puesto que estaba poseído por un demonio, mientras la persona con obsesiones era una persona consiente de su situación la cual lucha frente a ese mal. (Huertas, 2013)

A principios del siglo XX Sigmund Freud crea una teoría sobre la neurosis obsesiva, haciendo referencia que las personas con neurosis obsesiva son porque tienen un recuerdo inconsciente de la infancia relacionado con la sexualidad. En 1995 en el DSM-IV y CIE 10 surge el nombre trastorno Obsesivo-Compulsivo. (Gabbard, 2001). Posteriormente en el DSM -IV-TR (American Psychiatric Association, 2012) ubicaba el TOC dentro de los trastornos de ansiedad, sin embargo, en el 2013 fecha de publicación del DSM -5 el TOC pasa de estar en los trastornos de ansiedad a formar parte de la categoría: “Trastorno Obsesivo – Compulsivo y trastornos relacionados”.

5.1.2 Criterios diagnósticos del trastorno obsesivo compulsivo DSM-5

El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) considera que los criterios diagnósticos para el TOC son: “A. presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

Las obsesiones se definen por (1) y (2):

1. Pensamientos impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causa ansiedad o malestar importante.
2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir realizando una compulsión)

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

1. Comportamientos (p.ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
2. El objetivo de las compulsiones o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida, sin embargo, estos comportamientos no están conectados de una manera realista.

A. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo laboral social u otras áreas importantes del funcionamiento.

B. Los síntomas del TOC no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.

C. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental.

Especificar si:

Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del TOC son claramente no ciertas, o que pueden ser ciertas o no.

Con poca introspección: El sujeto piensa que las creencias del TOC son probablemente ciertas.

Con ausencia de introspección/ con creencias delirantes: el sujeto está completamente convencido de que las creencias del TOC son ciertas.

Especificar si:

El sujeto tiene una historia reciente o antigua de un trastorno de tics” (APA, 2015, p. 237)

Dentro del capítulo del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) se incluyen otros diagnósticos como: el trastorno dismórfico corporal caracterizado por la preocupación excesiva de un aspecto físico el cual se percibe como defectuoso el cual no es observable o solo se aprecia ligeramente, esta persona presenta conductas o actos mentales en respuesta a la preocupación sobre su aspecto. Trastorno de acumulación se caracteriza por la dificultad de renunciar o separarse de las posesiones independientemente del valor de estas. La tricotilomanía es caracterizada por arrancarse el pelo, al igual que el trastorno de escoriación que se caracteriza por el rascado recurrente de la piel. Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados por sustancias /medicamentos, aquí se presentan síntomas sin embargo son causados por una intoxicación o abstinencia de una sustancia. El trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos relacionados debido a una afectación médica en este trastorno los síntomas son desatados por una consecuencia de un trastorno médico. Otros trastornos obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados especificados es una categoría que se utiliza cuando hay presencia de síntomas característicos de un TOC, pero no cumple todos los criterios de todas las categorías diagnósticas anteriormente mencionadas.

Finalmente, el trastorno obsesivo- compulsivo y trastornos relacionados no especificados se aplica cuando en la persona predomina síntomas característicos de un TOC, pero no cumple con las categorías anteriormente expuestas. (APA, 2014, p. 236)

5.1.3 Clasificación de Obsesiones

En el 2003 Lee y Kwo clasifican las obsesiones en autógenas y reactivas, ellos mencionan que las obsesiones autógenas son aquellas cuyo desencadenante es difícil de identificar, como su nombre lo dice es autógeno lo que quiere decir que el pensamiento aparece de forma abrupta, adicionalmente estas obsesiones son altamente egodistónicas e irracionales lo que permite mayor facilidad en su identificación. Generalmente el contenido de estas obsesiones son actos agresivos, sexuales, blasfemos, inmorales, escenas o situaciones desagradables, estas obsesiones producen en la persona intenso malestar por lo tanto acuden a rituales encubiertos con el fin de disminuir la ansiedad (Bados, 2005)

Contrario a las obsesiones autógenas, en las obsesiones reactivas es identificable el estímulo desencadenante, se perciben relativamente racionales puesto que la obsesión presenta conexión lógica con la compulsión, por ejemplo: “temor a estar contaminado y ante esto se lava las mano”. El contenido de estas obsesiones se asocia con suciedad, contaminación, errores, simetría, accidentes, ante esto la persona realiza conductas compulsivas. (Garcia, Belloch, & Morillo, 2008)

5.1.4 Diagnostico Diferencial

Trastornos de Ansiedad: En la ansiedad generalizada los pensamientos se centran en preocupaciones reales, sin embargo, en el TOC estas preocupaciones pueden parecer irreales o

tener un contenido mágico y generalmente se presenta una respuesta (compulsión) para disminuir la ansiedad generada por el pensamiento intrusivo. La fobia específica se caracteriza porque el objeto temido es mucho más específico y no se presentan rituales y en la ansiedad social el objeto temido son las relaciones sociales. (Clark & Beck, 2012)

Trastorno Depresivo Mayor: Los pensamientos son congruentes con el estado de ánimo, adicionalmente no se experimentan como intrusivos. (Rueda-Sánchez, Díaz Martínez, & Rueda-Jaimes, 2008)

Otros trastornos Obsesivo- Compulsivo y trastornos relacionados: En el trastorno dismórfico corporal las obsesiones y compulsiones se centran en la apariencia física, en la tricotilomanía la conducta obsesiva es arrancarse el pelo sin obsesiones, el trastorno por acumulación se enfoca en la imposibilidad de descartar posesiones y la acumulación excesiva de objetos. (Pons, 2014)

Trastornos de alimentación: En el TOC las preocupaciones no se limitan en la comida y el peso. (Granja, Pérez, Gempeler, Rodríguez, & Ribero, 2017)

Tics y movimientos estereotipados: Los tics están precedidos por impulsos sensoriales, mientras que las compulsiones se preceden de obsesiones. (Lázaro, y otros, 2013) Otros comportamientos de tipo compulsivo: Algunos comportamientos sexuales o de los trastornos por juego y el consumo de sustancias los pueden catalogar como “compulsiones” sin embargo estos comportamientos se obtienen del placer que les genera la actividad.

Trastorno de personalidad Obsesiva- Compulsiva: se caracteriza por un patrón exagerado de perfeccionismo y control. (Carrasco, 2003)

5.1.5 Comorbilidad

Los estudios realizados por Vargas (2017) muestran la comorbilidad del trastorno así:

La comorbilidad del TOC se ha asociado con diferentes trastornos mentales como los siguientes: trastorno depresivo (TD), trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de fobia social (TFS), trastorno de pánico (TP), trastorno por agorafobia (TA), fobias específicas (FE), trastorno de ansiedad de separación (TAS), trastorno bipolar (TB), trastorno dismórfico corporal (TDC), tricotilomanía (TTM), trastorno de excoriación (TE), trastorno de tics (TT), trastorno de conducta alimentaria (TCA), trastorno de control de impulsos (TCI) y el trastorno por uso de sustancias (TUS) trastorno obsesivo de la personalidad (TOP) en el presente caso se pudo observar una comorbilidad con agorafobia a pesar de que en este momento este en remisión parcial. (Vargas A. L., 2017, pág. 36)

5.1.6 Prevalencia

El índice de prevalencia a nivel mundial es de 2% haciendo de esta una de las patologías más incapacitantes ya que las personas no acuden a tiempo a consulta con profesionales de la salud mental debido al temor a ser juzgados o a la vergüenza que les ocasiona las obsesiones (Bigleli, 2013)

El instituto nacional de excelencia para la salud y los cuidados desarrolla en el 2005 una guía la cual incluye las siguientes cifras de prevalencia según los tipos de TOC. Contaminación (Prevalencia: 37,8%), Violencia / impulsos agresivos (Prevalencia: 4,3%), Seguridad (Prevalencia: 23,6%), Orden, simetría, perfección (Prevalencia: 10 %), Moral/ religión (Prevalencia: 5,9%), Erótica (Prevalencia: 5,5%), Acumulación (Prevalencia 4,8%). (Núria, Cosi, & Canals, 2013).

5.1.7 Curso y Desarrollo

El curso del TOC sin un tratamiento adecuado suele ser crónico, es uno de los trastornos que menores índices de remisión espontánea presenta. La terapia cognitivo conductual junto con la terapia farmacológica ayuda a la disminución de los síntomas, sin embargo, los síntomas suelen reaparecer en situaciones de estrés. (Menchon, y otros, 2019)

Según Steketee y Cols (Citado en Bados, 2005) realizaron un estudio longitudinal donde siguieron por 5 años 100 personas diagnosticadas con TOC, en este estudio encontraron que el 50% tuvieron una remisión parcial y el 20% tuvieron remisión total. Steketee y Barlow en el 2002 hicieron referencia que la mayoría de las personas con TOC continuaban presentando los criterios diagnósticos del TOC en el transcurso de su vida. (Beck, Freeman, & Davis, 1995). Por consiguiente, el TOC es el cuarto trastorno psiquiátrico más reciente.

El TOC suele aparecer en la adolescencia o en la adultez temprana, a pesar de esto se han reportado casos en donde su comienzo es después de los 35 años lo cual es inusual. El TOC también se puede presentar en la infancia, en estos casos se observa un deterioro en la calidad de vida, agravándose con los pasos de los años, esto se asocia a la dificultad de una adecuada comprensión de los síntomas, también se desarrolla una codependencia ya que los niños con TOC involucran a sus padres en los rituales, generando dificultades en la interacción entre padres, así mismo estos niños se vuelven víctimas de acoso escolar en el colegio. (Vargas, Palacios, González, & Peña, 2008)

5.1.8 Factores de riesgo

Un factor de riesgo es aquello que aumenta la probabilidad de contraer una condición o enfermedad. Anteriormente se creía que la hipoxia durante el nacimiento, la existencia de enfermedades mentales en los padres, el padecimiento de un trastorno de conducta alimentaria, alteración en el lenguaje, entre otros, eran vulnerabilidades para presentar un TOC, no obstante, con el tiempo, no se encuentra relación entre lo anteriormente mencionado y el TOC (Vasquez & Rodrigues, 1996)

Por otra parte, el DSM-5 menciona factores de riesgo temperamentales, ambientales y genéticos para el TOC, refiere que un niño que haya presentado alta emotividad negativa, cuyos cuidadores inhiban el comportamiento, la libre expresión de emociones y pensamientos es un factor de riesgo comportamental. Así mismo reporta que si durante la infancia hubo maltrato físico, sexual y sucesos estresantes considerados como traumáticos, se convierten en factores de riesgo ambientales. También explica que entre los familiares de primer grado de los adultos con TOC es dos veces mayor que entre los familiares de primer grado que no tienen un trastorno. (American Psychiatric Association, 2018 p. 238).

Un estudio retrospectivo realizado por Amparo Belloch y otros (2017) comenta que los sucesos vitales estresantes pueden ser un factor de riesgo, incluso en personas diagnosticadas con TOC comentan múltiples sucesos vitales estresantes un año previo a la presencia de los síntomas (Roncero, Belloch, Cabedo, & Carrió, 2017)

Se menciona que estilos educativos que enfatizan la responsabilidad, el perfeccionismo, una formación moral y religiosa que establezca rígidamente la frontera entre lo que está bien y lo que

está mal o que conceda una importancia especial al pensamiento, catalogándolo como “pensamientos malos o pecaminosos” pueden contribuir a la aparición de un TOC.

Finalmente, la sobreprotección de los padres puede favorecer el desarrollo de una vulnerabilidad a la ansiedad en los hijos, asociada al déficit en el desarrollo de habilidades de afrontamiento y solución de problemas o al aprendizaje de miedos por condicionamiento clásico, haciendo de esta una vulnerabilidad para el TOC. (Ortiz Tobón , 2002)

5.1.9 Modelos Explicativos del Trastorno Obsesivo Compulsivo

5.1.9.1 Modelo Cognitivo

Beck menciona que esquemas disfuncionales y valoraciones distorsionados son la base del mantenimiento de las obsesiones y compulsiones; la valoración es un proceso en que la persona asigna un significado o una representación mental a un pensamiento, por ejemplo si un pensamiento intruso es considerado como irrelevante, irreal, la persona lo suele ignorar, por ende si ese pensamiento se valora de manera objetiva no tendrá una segunda valoración, en cambio sí se valora inadecuadamente, tendrá lugar a un procesamiento posterior.

El modelo comenta que las obsesiones son estímulos internos que depende del modelo cognitivo de la persona como valoré ese estímulo, si ese pensamiento intrusivo se percibe como amenazante, la persona experimenta alta ansiedad llevando a que la persona desarrolle alguna respuesta para evitar la angustia de la ansiedad generada.

En 1997 el OCCWG (Grupo de trabajo sobre las cogniciones obsesivo-Compulsivas) propuso seis creencias que son relevantes en el TOC, la responsabilidad inflada que consta en que la persona cree que es capaz de prevenir un resultado negativo; Importancia excesiva de los pensamientos es la creencia de que el solo pensamiento es capaz de indicar que algo es

importante; importancia de control de pensamiento en esta creencia la persona sobrestima la importancia de ejercer control absoluto sobre el pensamiento; intolerancia a la incertidumbre consta en que la persona percibe una incapacidad de afrontar los cambios imprevistos; por último el perfeccionismo es creer que existe una solución perfecta para cada problema.

Teniendo en cuenta lo anteriormente menciona, en el modelo cognitivo las obsesiones son sujetas a una valoración, la cual si se hace erradamente lleva a un proceso de neutralización, entendido como cualquier acto que pueda enmendar, prevenir, reparar aquello que genera tanta angustia desatada por los pensamientos intrusivos valorados de forma distorsionada, convirtiendo esto en un ritual que perpetua el ciclo del TOC (Rachman & Hodgson, 1980, p. 237)

En cuanto a las personas que presentan TOC, en ocasiones se les dificulta diferenciar entre obsesiones y pensamientos automáticos ya que estos tienen una características en común y es que ambos son involuntarios, por este motivo Salkovsky en 1985, hace la diferencia entre pensamientos automáticos y obsesiones por esto menciona que la diferencia entre ambos es el grado de intrusión percibido, grado de accesibilidad a la conciencia, y que tanta consistencia tiene con el sistema de creencias de la personas.

El modelo de Salkovsky es uno de los modelos que mayor aceptación ha tenido dentro de la comunidad científica, este autor deseaba encontrar el origen del TOC, para esto analizó los pensamientos de personas sin TOC y personas con TOC, él reporta que tanto la población general y la población clínica presentan pensamientos intrusivos similares, por lo tanto concluyó que la diferencia está en la valoración que las personas con TOC realizan de estos pensamientos, por ejemplo una persona sin TOC presenta un pensamiento intrusivo al cual no le da relevancia, por el contrario la persona con TOC valora ese pensamiento de tal modo que activa esquemas

disfuncionales preexistentes, generadores de pensamientos automáticos negativos. Esta valoración estará determinada por la importancia que se le dé al pensamiento y el estado de ánimo preexistente.

Barlow (1994) comenta que una predisposición biológica los hace más sensibles para reaccionar ante situaciones de estrés, además de esto las personas con TOC han aprendido que estos pensamientos intrusivos son inaceptables y peligrosos, por esta razón la persona los trata de suprimir, sin embargo, esto genera un incremento de estos pensamientos haciendo de esto un círculo vicioso. (Barlow, Brown, & DiNardo, 1994)

5.1.9.2 Modelo Conductual/ Explicaciones del aprendizaje del TOC

Teniendo en cuenta que anteriormente el TOC estaba clasificado en los trastornos de ansiedad, la mayoría de las teorías conductuales están enfocadas en aquellos trastornos de ansiedad por ejemplo las fobias, estas teorías se fueron adaptando en búsqueda de explicaciones más concretas del TOC, sin embargo, la mayoría de ellas carecían de validación empírica.

Mower en 1960 consolida la teoría de los dos factores, desarrollada para dar cuenta del proceso de aprendizaje del miedo y las fobias. Mower refiere que las respuestas ansiosas son condicionadas previamente con estímulos que suscitan ansiedad, llevando que se dé una respuesta condicionada de miedo, igualmente menciona un condicionamiento instrumental, donde conductas de evitación disminuyen el miedo haciendo de esto un refuerzo negativo. Existen conductas de evitación activas y pasivas, las activas son aquellas en donde se realiza un acto para disminuir la ansiedad, por ejemplo, rituales cognitivos o compulsiones de limpieza, orden, entre otros, y las pasivas son aquellas en donde se evitan situaciones que pueden desatar

ansiedad, no obstante, se carece de evidencia de que esta teoría este asociado en el desarrollo del TOC ya que es complejo poder identificar en el TOC aquellos estímulos incondicionados.

(Mower, 1939)

En 1969 surge la teoría del doble refuerzo creada por Herrnstein, él comenta que para que una conducta se convierta en un hábito debe ser doblemente reforzada, ósea que un refuerzo positivo y otro negativo, esto se explica en casos en donde la persona debe realizar un ritual, las dudas frente a la realización correcta del ritual producen ansiedad, pero produce más ansiedad sino los realiza ya que teme que la obsesión se haga real.

La teoría de la incubación es una de las teorías que mayor acogida ha tenido, puesto que es muy acertada para explicar el mantenimiento del ciclo del TOC, adicionalmente es la base del tratamiento “exposición con prevención de respuesta” la cual es usual para el manejo del TOC. Esta teoría comenta “La potencia de la RC tras la terminación de la presentación del EC, habrá un nivel crítico de potencia de potencia de la RC, la exposición del EC daría un lugar al fortalecimiento y debajo del mismo se producirá extinción, el tiempo critico de exposición del EC, con tiempo de exposición cortos, se producirá el fortalecimiento de la RC, mientras con tiempos más largos de conseguirá la extinción. (Eysenck. 1980. p.490).

5.1.9.3 Modelo Biológico

Un estudio realizado por Menzies (2009) con 90 personas, de las cuales 30 presentaban TOC, 30 eran familiares de primer grado sanos y 30 personas de comparación, analizaron las resonancias magnéticas de las personas en estudio, estas resonancias arrojaron que las personas con TOC presentan una disminución significativa de la anisotropía fraccional de la sustancia blanca parietal derecha y un aumento en la anisotropía frontal media derecha, al igual que sus

familiares, el estudio concluye que el TOC está asociado con estas alteraciones en la sustancia blanca en regiones frontales y parietales. (Menzies, y otros, 2009)

Otros estudios basados en neuroimágenes reportan que las siguientes zonas cerebrales alteradas en las personas con TOC: circuito estriado orbitofrontal, circunvoluciones supramarginal y angular.

5.1.9.4 Modelo Neuroquímico

Judith Rapoport psiquiatra estadounidense observó patrones de conductas en animales, similares a las compulsiones presentadas en el TOC, por ejemplo, en los perros el hábito de lamerse las patas excesivamente hasta causar lesiones y en las palomas el picote constante para quitarse las plumas en época de cautiverio.

Rapoport comienza a suministrar ISRS (inhibidores de recaptación de serotonina) de esto descubrió que estos comportamientos compulsivos comparten el mismo sustrato neurobiológico.

Lo anteriormente mencionado dio inicios a múltiples investigaciones con el fin de seleccionar el tratamiento farmacológico para el TOC, de lo cual se concluye que los ISRS son efectivos para mejorar los síntomas del TOC ya que la hipersensibilidad de los receptores presinápticos de 5-HT desinhiben el circuito cortical caudado- tálamo produciendo los síntomas compulsivos del TOC (Graeff, 2001, pág. 36).

5.2.2 Evaluación del Trastorno Obsesivo- Compulsivo

Para la evaluación del TOC es necesario la realización de una entrevista clínica rigurosa y el uso de pruebas de medición. Según Caballo (1998) la evaluación se divide en tres sesiones, la primera sesión ira enfocada en abordar aquellos síntomas característicos del TOC, los

pensamientos obsesivos, las respuestas de neutralización y las situaciones o cosas que evitan. La segunda sesión se emplea para recoger la historia general del paciente, se analiza el momento de aparición del TOC, el curso, situaciones de estrés, las exacerbaciones del trastorno a lo largo del tiempo, tratamientos anteriores y funcionamiento social. Finalmente, en la tercera sesión se dialoga sobre las estrategias empleadas por el paciente. (Caballo V. , 1998)

Belloch, Cabido y Corrió (2011) mencionan un proceso de evaluación similar en donde se analiza la sintomatología del trastorno, la presencia de la comorbilidad con otro trastorno, el curso y desarrollo, el grado de comprensión del paciente por su sintomatología, las estrategias utilizadas, el impacto del trastorno asociado al malestar clínicamente significativo. (Belloch, Carrió, & Cabeldo, Toc obsesiones y compulsiones, 2011)

Los instrumentos utilizados para la evaluación del TOC son los siguientes:

5.2.2.1 Escala Obsesivo -Compulsivo (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Y-BOCS; Goodman y otros., 1989)

Es un cuestionario auto aplicado que está compuesto por 10 ítems, 5 ítems evalúan obsesiones y los otros 5 evalúan compulsiones, cada de los ítems se valora en una escala de 0 – 4 desde no presentar un síntoma hasta presentar síntomas extremos. En el resultado general está incluido el subtotal de obsesiones y subtotal de compulsiones, además de esto se puede obtener la severidad de síntomas obsesivo y compulsivos. Este instrumento no mide el contenido de los síntomas, pero si mide la gravedad de ellos y se puede utilizar para ver los cambios terapéuticos. (Giuliana A, Lorella Cook, Sanchez Castro, Reyes Bossio, & Tejada, 2016)

5.2.2.2 *Inventario Obsesivo-Compulsivo de Clark-Beck* (Clark y Beck, 2002; Clark, Antony, Beck, Swinson y Steer, 2005).

Esta herramienta de medición contiene 25 ítems, compuesto por dos subescalas los primeros 14 ítems evalúan las obsesiones y los siguientes ítems evalúan las compulsiones, el inventario mide la gravedad de los síntomas y también incluye aspectos como interferencia, conciencia de enfermedad, e intentos de neutralización. (Belloch, Reina, Garcia, & Clarck, 2009)

5.2.2.3 *Cuestionario de control del pensamiento (TCQ Thought Control Questionnaire, TCQ; Wells y Davies, 1994)*.

El TCQ evalúa las estrategias que una persona con TOC utiliza para controlar los pensamientos intrusos, este instrumento tiene 30 ítems, pero la versión española reducida contiene 15 ítems. Evalúa 5 estrategias como: distracción, control social, preocupación, reevaluación y castigo. (Jimenez & Pascual, 2016)

5.2.2.4 *Inventario Obsesivo-Compulsivo Revisado (OCI-R; The Obsessive-Compulsive Inventory- Revised, OCI-R; Foa y otros, 2002; Fullana y otros, 2005)*.

Esta herramienta es uno de los inventarios que requiere poco tiempo al momento de aplicación y es de fácil comprensión, evalúa componentes del TOC como lavado, comprobación, duda, orden, obsesión, acumulación y neutralización, los resultados generales evalúan específicamente la frecuencia y el malestar. (Malpica, Ruiz, Godoy, & Gavino, 2009)

5.2.2.4 Inventario Maudsley de Obsesiones y compulsiones (MOCI; Maudsley Obsessive Compulsive Inventory; Hodgson y Rachman, 1977)

Es un cuestionario relacionado con síntomas como: limpieza, comprobación, lentitud/repetición y dudas/escrupulosidad. Este instrumento tiene 30 ítems los cuales tiene como opciones de respuesta “verdadero o falso”. El MOCI se puede utilizar tanto en la población clínica y la población normal. (Berrío García & Restrepo, 2017)

5.2.3 Tratamiento del Trastorno Obsesivo- Compulsivo

Para abordar el Trastorno Obsesivo- Compulsivo se tomará de base los protocolos y técnicas basados en la terapia Cognitiva Conductual los cuales han sido construidos por autores como Beck, Caballo, Belloch, entre otros.

5.2.3.1 Terapia Cognitiva del Trastorno Obsesivo- Compulsivo (David A Clark & Aaron T. Beck, 2010)

Clark y Beck en su libro “*terapia cognitiva para trastornos de Ansiedad*” realizan un protocolo descriptivo de la terapia cognitiva del TOC. Ellos reportan ocho componentes terapéuticos esenciales para el abordaje del TOC.

El primer componente es la formación del cliente o sea la persona que presenta el trastorno, aquí es importante la psicoeducación del trastorno, la naturaleza y mantenimiento de la ansiedad debido a que el paciente debe comprender la normalidad de los pensamientos intrusivos, el papel de las valoraciones de aquellos pensamientos intrusivos y el efecto negativo de la neutralización

y el control mental, con el fin de que la persona pueda comprender, comprometerse y de este modo justificar el tratamiento.

El segundo componente es enseñarle al paciente a diferenciar las obsesiones de las valoraciones ya que el significado que el paciente le otorga a la obsesión es una interpretación errónea que genera que la obsesión tenga una importancia personal, para esto Clark & Beck ponen de referencia las siguientes preguntas: “¿Qué es lo que hace que este pensamiento sea tan importante para usted? ¿Refleja el pensamiento algo sobre usted? ¿le preocupa alguna posible consecuencia negativa? ¿Hay algo relativo al pensamiento que capte su atención y le cueste ignorar?

El tercer componente es la reestructuración cognitiva de aquellas valoraciones distorsionadas, es importante aclarar que no se reestructura la obsesión sino las valoraciones erróneas como la sobrestimación de la amenaza, la intolerancia a la incertidumbre, perfeccionismo, necesidad de control, entre otras. Una vez reestructurada la creencia relativa asociada a la obsesión permitirá que el paciente esté más preparado para experimentos conductuales basados en la exposición.

El cuarto componente es la explicación alternativa centrada en que el paciente pueda generar una interpretación más sana y adaptativa sobre la obsesión.

El quinto componente es la prevención de la respuesta, en lo que respecta a este punto es bloquear o prevenir los rituales compulsivos, la neutralización y el control mental, generando acciones alternas. Las sesiones de EPR suelen durar entre 60 y 90 minutos, adicionalmente es importante que lo realizado durante la sesión el paciente lo replique fuera de esta.

La experimentación conductual es el sexto componente, se hace uso de ejercicios en donde se exponga al paciente a la obsesión durante la sesión y de este modo poner a prueba la validez de la creencia o valoración asociada a la obsesión.

El séptimo componente es la modificación de las creencias nucleares lo cual permitirá que los resultados del tratamiento se mantengan, finalmente el octavo componente es la prevención de las recaídas.

5.2.3.2 Terapia Cognitiva del Trastorno Obsesivo – Compulsivo (Vicent E. Caballo, 2007)

En el libro de Caballo “Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos” menciona un protocolo para el abordaje del TOC el cual es muy similar al propuesto por Clark y Beck.

En este protocolo se mencionan unos objetivos específico como: Proporcionar una explicación adecuada de las obsesiones, hacer que el paciente entienda el papel de la neutralización en el mantenimiento de los pensamientos obsesivos. Posteriormente preparar al paciente para exponerlo a aquellas situaciones y pensamientos que desencadenan las obsesiones, corregir e intervenir cuando esté presente la sobreestimación y poder de los pensamientos, exageración de las consecuencias de temor específicas asociadas al pensamiento, el perfeccionismo y la responsabilidad excesiva. Exponer al paciente a los pensamientos y poner en práctica la prevención de respuesta, Finalmente hacer que el paciente se dé cuenta de las situaciones que lo hacen más vulnerable para la recaída y de este modo entrenarlo para prevenir futuras recaídas.

5.2.3.3 Exposición con prevención de respuesta

Esta técnica se ha utilizado en varias patologías específicamente las que están asociadas con la ansiedad, la idea de esta técnica es exponer al paciente a aquellas situaciones generadoras de

ansiedad previendo que este realice la respuesta habitual que dichas situaciones suelen desencadenar.

En el programa de Foa (Foa, 2004; Foa y Franklin, 2001; Kozak y Foa, 1997a, 1997b) la EPR se puede realizar en la imaginación o en vivo, una sesión por semana puede ser suficiente para los pacientes más leves, sin embargo, la mayoría de paciente con síntomas moderados requieren de 2 a 3 sesiones durante la semana, cada sesión puede duran entre 90 y 120 minutos. Lo ideal es que la exposición se realice de forma gradual, en un inicio durante las sesiones de terapia junto al terapeuta, posterior a esto el paciente practicará la exposición en su hogar. (Saval, 2015)

El primer paso para la EPR en el TOC es jerarquizar aquellas obsesiones que generan ansiedad, desde las obsesiones que generan menos ansiedad hasta las que generan más ansiedad, para esto es necesario realizar un listado de aquellas obsesiones calificándolas de 1 a 10 que tanta ansiedad generan. Posteriormente se hace una descripción de cada obsesión los más real posible, finalmente se pasa a la exposición de cada obsesión, desde la que genera menor ansiedad hasta la que genera mayor ansiedad, una vez superada la obsesión que produce menor ansiedad se pasa a la obsesión siguiente en la lista. Es necesario que estas exposiciones se graben con el fin de que el paciente las escuche en su casa como tarea. (Bados, 2005)

5.2.3.4 Terapia de Aceptación y compromiso

La terapia de aceptación y compromiso es una terapia de tercera generación, la cual ha sido utilizada en trastornos de la ansiedad y en el TOC. Esta terapia se basa en que el paciente experimente la ansiedad generada por las obsesiones sin luchar con el malestar. Esta terapia no se centra en los síntomas sino en la aceptación de experiencias internas como emociones y

pensamientos, desliteralizando el pensamiento, esto es llamado como defusión cognitiva lo que significa que pensar en algo no significa que se vaya a ser realidad. No elimina o sustituye los pensamientos intrusivos, sino que disminuye su influencia. Algunas personas con obsesiones dudan de si lo que han pensado ha sido un pensamiento o lo han hecho realmente. En estos casos, el objetivo será que aprendan a diferenciar entre pensamientos y acciones; es decir, que *desliteralicen* las palabras-conceptos y vean, con ello, que los pensamientos son sólo pensamientos o recuerdos y no sucesos reales presentes. Este proceso de *desliteralización* se puede lograr a través de la contemplación del pensamiento, de la repetición del mismo en alto hasta que sólo quede el sonido, de la observación del pensamiento como un evento externo que puede modificarse (en forma, color, velocidad o aspecto) o del agradecimiento a la mente por haber proporcionado tal pensamiento, entre otras técnicas.

5.2.3.5 Mindfulness

Jon Kabat-Zinn es considerado como el padre del mindfulness, puesto que creó el “Programa de reducción de estrés y relajación” para aquellos pacientes con dolor crónico y estrés, posteriormente esta práctica fue utilizada en los trastornos de ansiedad. Las intervenciones de mindfulness se han basado en la meditación budista y los programas de reducción de estrés y la terapia cognitiva basada en la atención plena. (Kabat-Zinn, 2007)

Este autor propone 7 actitudes principales para realizar mindfulness: 1. No juzgar sino tener una actitud de observador parcial y de este modo tener una perspectiva más neutral en donde no se involucre la emoción, 2. La paciencia la cual lleva a la comprensión de las situaciones, 3. Mente de principiante, se trata de observar las cosas de un modo curioso promoviendo de que cada situación haya un aprendizaje, 4. Confianza, como su nombre lo dice consisten en promover la autoconfianza reconociendo los recursos internos. 5. No esforzarse, implica no esforzarse por

resultados sino aceptar las cosas tal como son, enfatizando el proceso y no el resultado,6.

Aceptación, consiste en aceptar tal cual las vivencias del presente sin luchar con el deseo “me gustaría que fuera”, y finalmente Ceder, lo que implica dejar fluir las cosas. (Kabat-Zinn, 2007)

5.2.3.6 Tratamiento Farmacológico

El abordaje farmacológico del TOC es realizado con fármacos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), La fluvoxamina, paroxetina, sertralina. La clomipramina, se ha puesto a prueba varias veces, concluyendo que es un fármaco adecuado para el abordaje del TOC, además porque se puede utilizar en niños y adultos, sin embargo, la interrupción del fármaco genera una recaída en la mayoría de las personas que lo toman. (Alcazar, Iniasta Sepulvena, & Alcazar, 2013)

Los antipsicóticos se han utilizado como coadyuvantes de los ISRS para el TOC resistente. Los medicamentos más comunes son: aripiprazol, risperidona, haloperidol, sin embargo, estos medicamentos no son de primera línea, lo recomendable es esperar mínimo tres meses

de tratamiento con ISRS antes de hacer uso de los antipsicóticos. (Vega Dienstmaier, 2016, pág. 196)

6. Historia del Caso

6.1 Información de Identificación

X (Inicial de nombre ficticio) es un hombre de 32 años, residente de la ciudad de Medellín, vive con su madre y medio hermano, soltero, actualmente en una relación amorosa. Ingeniero de sistemas, actualmente trabaja en una compañía internacional realizando proyectos digitales.

6.2 Queja Principal

Paciente que llega a consulta reportando altos niveles de ansiedad asociado a pensamientos intrusivos de “temor a ser dañado, vulnerado, hacerle daño a alguien, ser malo, o que algo malo le pase a la familia”. Lo que actualmente le está generando gran malestar emocional.

6.3 Historia del Problema actual

Paciente con un cuadro de evolución de agorafobia desde hace 12 años sin diagnosticar el cual fue abordado por medicina bioenergética. Hace tres años al hacer remisión parcial los síntomas de agorafobia se percata de pensamientos intrusivos los cuales se incrementan al ver noticias sobre asesinos que aparentemente parecían buenos, al ver películas en donde el protagonista es un asesino que mata a su familia, al conocer personas nuevas que se tornen amable. Este periodo de su vida coincidió con la muerte de su abuelo lo que lleva a X a estar más atento de sus pensamientos, produciendo una exacerbación de síntomas ansiosos constituyendo así obsesiones, por lo cual decide buscar ayuda terapéutica.

En el momento inicial de la consulta 8 de noviembre del 2018 sus síntomas incluían:

Síntomas cognitivos: Duda frente a ser capaz de hacerle daño a sus seres queridos como pegarles, abusar de ellos o matarlos. Duda obsesiva frente a conocer personas nuevas. Pensamientos de duda frente a su relación actual. Pensamientos intrusivos sobre temor a enloquecerse o que le hagan daño. Compulsiones encubiertas de autocastigo.

Síntomas emocionales: Ansiedad y tristeza.

Síntomas fisiológicos: Taquicardia, sudoración, mareo, dificultades para respirar.

Síntomas conductuales: Evitar ver películas o noticias con contenido de homicidio. Buscar reafirmar dudas obsesivas. Realización de listas que ayuden a evitar futuros peligros y así tener el control de futuras situaciones consideradas como peligrosas. Buscar noticias sobre futuros peligros en lugares desconocidos.

Durante la terapia se encontró estresores que constituían a que su sintomatología se incrementara en las siguientes situaciones: Al ver noticias o películas relacionadas con homicidios, realizar viajes a lugares desconocidos en donde no pueda tener el control de futuras catástrofes, al conocer personas nuevas que se tornen amables y a que las demás personas le pregunten sobre su relación amorosa actual.

6.4 Historia psiquiátrica pasada

A la edad de 20 años saliendo de la universidad vivenció un atraco con arma blanca, de lo cual refiere que no le generó angustia. Sin embargo, a la semana siguiente bajándose de un bus volvió a presentar un atraco, desde entonces menciona síntomas de agorafobia (miedo a salir solo, ataques de pánico, taquicardia, sudoración, mareo, temor a enloquecerse) y creencias de que el mundo es malo, que las personas son peligrosas, que algo malo le iba a pasar,

adicionalmente dudas frente a ser capaz de hacer algo malo a sus seres queridos. Por esta razón decide iniciar tratamiento con medicina bioenergética donde aprende técnicas de respiración que le permite salir de su casa solo, a pesar de esto, continúan pensamientos de duda de ser vulnerable al daño o dañar a alguien.

X reporta que a sus 26 años el médico general le recetó sertralina con el fin de abordar sintomatología ansiosa, sin embargo, no hubo adherencia al tratamiento debido a efectos adversos.

Adicionalmente menciona depresión en abuela materna, tía materna y ansiedad en madre sin diagnosticar.

6.5 Historia Personal y Social

X es el hermano mayor de cuatro hijos, sin embargo, antes de que X naciera sus padres habían concebido dos hijas, la primera hija murió a la hora de nacer y la segunda hija murió a los dos días de nacido. A los dos años sus padres se separaron, posteriormente X presenta una descompensación anémica que requiere hospitalización lo cual recuerda como traumático. X menciona tener una infancia feliz, sin embargo refiere que su madre se centraba en el peligro y constantemente le decía: “ si sale solo algo malo le va a pasar, sino hace lo que su mamá le dice algo malo le va a pasar”, adicionalmente recuerda a su padre como un hombre exigente, normativo que depositaba en él muchos “deber ser”, recuerda frases como: “hay que ser muy buena persona en la vida”, recuerda que su padre salía con muchas mujeres sin embargo menciona que X las veía como las amigas del papá, actualmente recuerda esos sucesos con rabia y rencor puesto que en la adultez se dio cuenta que eran amantes de su padre. A los 5 años, su madre contrae matrimonio del cual nace su medio hermano, momento que recuerda con agrado.

En la adolescencia recuerda que su madre continuaba siendo sobreprotectora, prohibiéndole salidas y mencionando que si salía sin permiso algo malo le iba a pasar, a pesar de esto X salía sin permiso de lo cual refiere que no le generaba Ansiedad. Reporta que su padre le criticaba su forma la forma de vestir y hablar lo que llevo a que tuviera unos comportamientos con su padre y otros comportamientos con su madre con el fin de agradar a ambos. X recuerda que en ocasiones cuando peleaba con su padrastro tenía pensamientos como: “ojalá él se fuera de la casa”, un día su madre y padrastro pelearon y llevo a que su padrastro se divorciara lo cual ocasionó en X mucha culpa, ya que creía que él era el culpable de la situación por haber tenido esos pensamientos, desde entonces teme a que todo lo que piense se haga realidad. X tuvo que responsabilizarse económicamente de su madre y hermano ya que su padrastro se ausento emocional y económicamente.

6.6 Historia Médica

Actualmente X presenta prediabetes y síndrome del túnel carpiano como secuela de su trabajo actual.

6.7 Observaciones sobre el estado mental

Al momento de consulta X llega con adecuado aspecto, establece contacto visual, ubicado en las tres esferas mentales, sin alteraciones sensorio-perceptivas, euproséxico, memoria conservada, lenguaje fluido y coherente, pensamiento en curso e ideas obsesivas, animo ansioso y afecto modulado por lo bajo, adecuada introspección y prospección optimista.

6.8 Evaluación

Para la evaluación se realizó una entrevista clínica enfocada en analizar aquellos síntomas característicos del TOC, la historia de vida del paciente, el curso y desarrollo, situaciones de estrés que exacerban los síntomas, las estrategias empleadas por el paciente y tratamientos

anteriores. Adicionalmente se utilizaron instrumentos como “Yale Brown Obsessive Compulsive Scale” con una puntuación de 20, dando como resultado un TOC de intensidad media, registro de pensamientos automáticos en el cual se pudo evidenciar el ciclo obsesivo del paciente y finalmente se tomó como guía el DSM5 teniendo en cuenta los criterios diagnósticos establecidos allí.

6.9 Diagnostico DSM 5

El paciente presenta un Trastorno obsesivo- compulsivo. 300.3 (F42) con buena introspección ya que cumple con los criterios establecidos por el manual diagnostico DSM5 mencionados en capítulos anteriores, como: presencia de obsesiones, compulsiones o ambas, estas requieren mucho tiempo, causan malestar clínicamente significativo y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o afección médica o por alguna otra enfermedad mental.

7. Formulación del caso

7.1 Precipitantes

En el caso de X se encontró que el precipitante principal fue la muerte del abuelo.

Al presentar un cuadro de agorafobia por un tiempo prolongado, X no se percataba de los pensamientos intrusivos, no obstante, con la muerte del abuelo, las obsesiones se empiezan a notar como intrusas y comienzan a generar malestar emocional, donde se exacerbaban síntomas ansiosos y sus pensamientos intrusivos comienzan a constituir síntomas de un trastorno obsesivo compulsivo causando malestar clínicamente significativo.

Las situaciones activadoras de X, o sea las situaciones que agudizan los síntomas del TOC están relacionadas con: ver noticias sobre asesinatos de personas que aparentemente parecían bueno, conocer personas nuevas que se tornen amables porque siente que pueden ser una posible amenaza y dudar que frente obsesivamente frente al afecto que tiene por su novia.

7.2 Visión Transversal de las cogniciones

En el caso de X la visión transversal de las cogniciones se puede evidenciar en las siguientes situaciones:

1. Una situación problemática típica de X es ver una noticia de un pueblo de estados Unidos en donde informan que una persona mato a 6 niños, la cual era una persona que nadie dudaría que fuera mala, inmediatamente sus pensamientos automáticos son: “esa persona que mato se veía una buena persona, yo también soy una buena persona entonces también puedo llegar a matar a alguien o que me maten, puede que sea un psicópata y no me he dado cuenta”, ante esto presenta ansiedad, miedo y reacciona rumiando sobre la posibilidad de que pueda matar alguien y como va hacer para evitar matar a alguien.
2. Una segunda situación típica de X es que un familiar o un amigo le pregunte sobre cómo va en la relación con su novia, ante esto sus pensamientos automáticos son: ¿será que estoy bien con mi novia, o será que estamos mal y no me he dado cuenta? ¿En realidad si la quiero o solo la estoy utilizando? Ante esto siente Ansiedad y tristeza por lo tanto reacciona siendo cortante en su respuesta y siendo indiferente al momento de hablar con su novia.
3. Una tercera situación típica es que una persona desconocida se le acerque a pedir indicaciones sobre una dirección, ante esto piensa: “algo malo me quiere hacer, me va a echar algo para robarme”, inmediatamente siente ansiedad y comienza a rumear en sí de “verdad iba a pasar o no”.

7.3 Enfoque Longitudinal de las Cogniciones

X creció en una familia con ambos padres hasta los 2 años que sus padres se divorciaron. A pesar de que recuerda una infancia feliz, tuvo una madre sobreprotectora, centrada en el peligro y un padre excesivamente normativo, autoritario, moralista, enfocado en el deber ser lo cual fue generando en X un esquema central de vulnerabilidad y así sucesivamente se fue reforzando en su adolescencia en un ambiente sobreprotector en donde no le permitían salir ni socializar mucho por temor a ser vulnerado.

Las experiencias antes mencionadas, muy probablemente hicieron que X fuera desarrollando las siguientes creencias intermedias: “Si controlo todo nada malo me pasaría y no sería vulnerable” “Sino controlo todo, algo malo me puede pasar y sería vulnerable” por esta razón desarrolló la estrategia de control ya que sería terrible que algo malo le pasé por no tener control de la situación.

Además, desarrolló las siguientes creencias asociadas a su estrategia de mantenerse informado, “Si me mantengo informado nada malo me va a pasar” “Sino me informo algo malo me podría pasar” por esta razón la regla de X es “Me tengo que informar”. Finalmente, otra estrategia que X desarrolló para que su creencia de vulnerabilidad no se desatará fue el mostrarse frágil la cual es alimentada por las siguientes creencias intermedias: “Si me muestro frágil, no me harán daño y nada malo me va a pasar, por lo tanto, sino me muestro frágil me pueden hacer daño”. Todas esas creencias vulneraron a X para enfrentarse a situaciones que los hicieran sentir vulnerable.

7.4 Fortalezas

X es una persona que cuenta con una adecuada introspección y capacidad intelectual lo que le permite un mayor análisis durante la terapia de su situación. Adicionalmente laboralmente es una

persona exitosa, comprometida con su trabajo y su familia. X se ha caracterizado por ser una persona colaboradora, solidaria y amable con sus seres querido lo que lleva a que presente una adecuada red de apoyo.

7.5 Hipótesis de Trabajo

Debido a las circunstancias de la niñez de X, es entendible que llegara a verse así mismo como una persona vulnerable, ya que incluso antes de que naciera, los padres de X ya habían tenido fallecimientos previos de dos hijas, por esta razón X creció en un ambiente sobreprotector y normativo ya que su madre se enfocaba en los posibles daños que pudiera ocurrir y para que esto no sucediera evitaba que x se expusiera a cualquier tipo de situación considerada como peligrosa, adicionalmente su padre se caracterizaba por ser autoritario, exigente y normativo.

Young (2012) comenta que los ambientes familiares como en el que creció X pueden generar esquemas mal adaptativos en el área de autonomía y desempeño ya que ambientes exageradamente sobreprotectores desarrolla una creencia de sí mismo de ser vulnerable como en el caso de x.

La creencia de vulnerabilidad sobre sí mismo se activa en situaciones en las cuales percibe como fuera de su control.

Para funcionar en el mundo X desarrolló las siguientes reglas: “Tengo que controlarlo todo”, “Tengo que informarme”. Según Beck (2000) las creencias intermedias en las cuales se encuentra supuestos, reglas, y actitudes son esquemas que se generan para tolerar o para no activar la creencia central, en este caso X desarrolló los siguientes supuestos: “Si controlo todo nada malo me pasaría y no sería vulnerable” “ Sino controlo todo, algo malo me puede pasar y sería vulnerable”, “Si me mantengo informado nada malo me va a pasar” “Sino me informo algo

malo me podría pasar” por esta razón la regla de X es “ Me tengo que informar”, finalmente, otra estrategia que X desarrolló para que su creencia de vulnerabilidad no se desatará fue el mostrarse frágil la cual es alimentada por las siguientes creencias intermedias: “ Si me muestro frágil, no me harán daño y nada malo me va a pasar, por lo tanto sino me muestro frágil me pueden hacer daño” por lo tanto también desarrolló la siguiente regla “ tengo que mostrarme frágil”.

Según (Clark & Beck, 2012) comentan que los esquemas disfuncionales y valoraciones distorsionados son la base del mantenimiento de las obsesiones y compulsiones, lo que en el caso de X se observa las valoraciones distorsionadas de sus pensamientos intrusivos.

8. Plan de tratamiento

8.1 listado de problemas

En el caso de X los principales problemas fueron: Ansiedad, reacciones fisiológicas como taquicardia, mareo, entre otras. Pensamientos Obsesivos, duda obsesiva y dificultades en la toma de decisiones, conductas de neutralización, pensamientos distorsionados catastróficos, creencia de vulnerabilidad al daño y conductas de evitación.

8.2 Objetivos Terapéuticos

Disminuir niveles de ansiedad, disminuir activación fisiológica, abordar pensamientos obsesivos, extinguir conductas de neutralización, modificar pensamientos distorsionados por pensamientos adaptativos, modificar esquema de vulnerabilidad al daño, disminuir conductas de evitación, desarrollar habilidades para la toma de decisiones.

8.3 Plan de Tratamiento

<u>Problema</u>	<u>Objetivo</u>	<u>Estrategia</u>
Ansiedad	Disminuir niveles de Ansiedad y activación fisiológica	Psicoeducación de la ansiedad y la relación entre pensamiento, emoción y conducta, haciendo énfasis en que los pensamientos ansiosos son quienes generan un incremento de la sintomatología. (Clark & Beck, 2012) Técnicas de control somático, respiración diafragmática y relajación progresiva (Jacobson, 2017)
Obsesiones	Abordar pensamientos obsesivos evitando las valoraciones distorsionadas	Psicoeducación sobre las obsesiones, el papel de la valoración, neutralización y el mantenimiento de estas. (Caballo, 2002) Diferenciar entre pensamientos obsesivos y pensamientos automáticos (Clark & Beck, 2012) Reestructuración de las valoraciones catastróficas (Clark & Beck, 2012) Defunción cognitiva y detención del pensamiento (Fernandez Marcos & Calero Elvira, 2015) Exposición con prevención de respuesta.
Esquema de vulnerabilidad al daño	Reestructuración de esquema maladaptativo temprano	Recolección de evidencia a favor y en contra, generación de

		esquema funcional (Young,2012) Terapia centrada en esquemas cognitiva y experiencial haciendo énfasis en la relación terapéutica
Conductas de neutralización	Extinguir conductas de neutralización	Técnica de exposición con prevención de respuesta. (Clark & Beck, 2012)
Pensamientos distorsionados catastróficos	Generar pensamientos más adaptativos y realistas	Registro de pensamientos automáticos, reconocimiento de distorsiones cognitivas y reestructuración de ellas. (Beck 2000)
Modificación de creencias intermedias	Generar creencias más funcionales	Identificación de creencias intermedias, cuestionamiento de ellas y generación de creencia intermedia adaptativa (Beck 2000)
Conductas de evitación	Extinguir conductas de evitación	Exposición y experimentos conductuales (Caballo, 2002)

Tabla 1. Elaboración propia

9. Intervenciones

El plan de tratamiento consistió inicialmente en disminuir los niveles de ansiedad, para esto fue necesario realizar psicoeducación de la ansiedad y la relación entre pensamiento, emoción y conducta, haciendo énfasis en que los pensamientos ansiosos son quienes generan un incremento de la sintomatología. (Clark & Beck, 2012). Paralelamente se realiza entrenamiento en técnicas de control somático con el fin de disminuir reacciones fisiológicas, para ello se inician técnicas

de respiración diafragmática y relajación progresiva de Jacobson, con el fin de que sus reacciones fisiológicas no le imposibiliten pensar con claridad.

Posteriormente se proporciona una explicación adecuada de las obsesiones y se hace énfasis del papel de la neutralización en el mantenimiento de la obsesión, luego se enseña la diferencia entre un pensamiento automático y una obsesión, seguidamente se le enseña a X a registrar sus obsesiones y la interpretación catastrófica que le designa a las obsesiones, después se inicia reestructuración cognitiva de aquellas valoraciones catastróficas depositadas en las obsesiones por medio de la clasificación de las valoraciones depositadas las obsesiones, en distorsiones y finalmente se hace cuestionamiento socrático. (Caballo V. , 2002, pág. 421). Se aborda la sobreestimación, poder e importancia que la da a las obsesiones y se inicia con técnica de defusión cognitiva y detención del pensamiento con el fin de que pueda deslateralizar los pensamientos vean, con ello, que los pensamientos son sólo pensamientos o recuerdos y no sucesos reales presentes (Fernandez Marcos & Calero Elvira , 2015)

Se procede a realizar reestructuración cognitiva de creencias intermedias y creencias nucleares. Finalmente se hace terapia centrada en esquemas con el objetivo de modificar esquema de vulnerabilidad al daño y a la enfermedad

9.1 Relación Terapéutica

Durante el curso del tratamiento se fue afianzando la alianza terapéutica, caracterizada por la confianza y seguridad. X es comprometido con la terapia, realiza los compromisos y desarrolla lo aprendido en la sesión en su diario vivir, además de esto ha desarrollado mayor introspección y capacidad de análisis lo que facilita que el proceso sea más ameno y rápido. En ocasiones X se tornaba frágil lo que llevaba a que la propuesta de la agenda la realizara el terapeuta, sin

embargo, durante la terapia se pudo percibir una evolución en la autonomía y en la propuesta de la agenda.

9.2 Obstáculos

Debido al componente obsesivo de X en ocasiones el registro de pensamientos incrementaba su rumiación cognitiva, adicionalmente en momentos la psicoeducación de su condición generaba ideas de culpa. En ocasiones se dificultaba seguir rigurosamente los objetivos terapéuticos debido a su focalización en los pequeños detalles.

9.3 Resultados

La sintomatología ansiosa de X reflejada en su activación fisiológica, pensamientos catastróficos se disminuyó significativamente, al igual que sus síntomas obsesivos, X logró un adecuado manejo de las obsesiones por medio de no generar valoraciones inadecuadas de está llevando así a la habituación, adicionalmente desarrollo un adecuado manejo de las herramientas brindadas durante la terapia.

Actualmente X logró un mayor afrontamiento de aquellas situaciones temidas lo que generó en la mayor apertura en sus relaciones, a pesar de que los síntomas obsesivos y su ansiedad disminuyeron significativamente, suelen reaparecer en situaciones de estrés, sin embargo, logró un adecuado manejo de ellas. X aún continua en terapia con el fin de abordar su creencia de vulnerabilidad.

10. Descripción de las sesiones

10.1 Primera sesión

Objetivo de la sesión: Evaluar el estado psicológico general de la paciente, comprender la situación actual del paciente

Subjetivo: Paciente que llega a consulta reportando altos niveles de ansiedad asociado a pensamientos intrusivos de “temor a ser dañado, vulnerado, hacerle daño a alguien, ser malo, o que algo malo le pase a la familia”. Lo que actualmente le está generando gran malestar emocional. Aquellos síntomas se incrementan al ver películas de homicidio y noticias por lo cual lo evita.

Objetivo: Examen mental: Paciente con adecuado aspecto personal, establece adecuado contacto visual, ubicado en las tres esferas mentales, sin alteraciones sensorio-perceptivas, eufórico, memoria conservada, tono de voz adecuado, verborrea, pensamiento en curso normal contenido de ideas de temor a ser vulnerado o vulnerar a alguien más, dudas obsesivas, ánimo ansioso, sin llanto durante la sesión, juicio de realidad conservado, adecuada introspección y prospección optimista. El paciente reporta que ciertas situaciones le generan ansiedad lo cual hace que se agudicen sus pensamientos, por ejemplo, realizar viajes a lugares desconocidos en donde no pueda tener el control de futuras catástrofes, al conocer personas nuevas que se tornen amables ya que duda sobre un posible daño y a que las demás personas le pregunten sobre su relación amorosa actual puesto que le genera duda obsesiva sobre si ama a su novia.

Se observa en el paciente síntomas cognitivos como ideas de “temor a ser dañado, vulnerado, hacerle daño a alguien, ser malo, o que algo malo le pase a la familia y dudas obsesivas” lo que

actualmente genera síntomas emocionales ansiosos y de tristeza, adicionalmente a nivel conductual se percibe la evitación de aquellas situaciones generadoras de ansiedad las cuales se manifiestan fisiológicamente con sudoración, taquicardia, mareo y dolor estomacal.

Se perciben estresores como realizar viajes a lugares desconocidos, conocer personas nuevas y preguntas sobre su relación actual. Se sospecha de un posible TOC.

Desarrollo de la sesión: Se indaga motivo de consulta actual, se realiza encuadre terapéutico, se realiza la anamnesis, se explica al paciente el modelo cognitivo y la relación entre pensamiento, emoción, conductas y como esta se ve reflejada en la actualidad del paciente, se establecen objetivos terapéuticos como: disminuir niveles de ansiedad, disminuir activación fisiológica, Abordar pensamientos obsesivos, modificar pensamientos distorsionados por pensamientos adaptativos, modificar esquema subyacentes posteriormente se explica el auto registro de pensamientos automáticos y se envía cuestionario Y-BOCS.

Plan de tratamiento para la próxima sesión: Indagar ciclo obsesivo, disminuir niveles de ansiedad y abordar registro de pensamientos automáticos

10.2 Tercera sesión

Objetivo de la sesión: continuar la evaluación del estado psicológico general y confirmar el diagnóstico realizado en la primera sesión, disminuir niveles de ansiedad, generar adherencia al tratamiento.

Subjetivo: El paciente reporta que la sesión anterior le ha permitido tener mayor comprensión de la influencia de los pensamientos en su estado de ánimo, refiere un estado de ánimo ansioso

8/10 (siendo 10 mucha ansiedad y 1 poca ansiedad). Reporta que presentó varias situaciones que le generaron ansiedad las cuales las consigna en el registro de pensamientos automáticos una de las situaciones fue (ver una noticia de un pueblo de estados Unidos en donde informan que una persona mato a 6 niños, la cual era una persona que nadie dudaría que fuera mala), ante esto sus pensamientos automáticos fueron: esa persona que es asesino se veía una buena persona, yo también soy una buena persona entonces también puedo llegar a matar a alguien o que me maten, puede que sea un psicópata y no me he dado cuenta, frente a esto sintió mucha ansiedad y reacciona pensando de forma obsesiva sobre la posibilidad de que pueda matar alguien y como va hacer para evitar matar a alguien, desde entonces evita ver noticias con el contenido anteriormente mencionado.

Objetivo: Examen mental: Paciente con adecuado aspecto personal, establece adecuado contacto visual, ubicado en las tres esferas mentales, sin alteraciones sensoperceptivas, euproséxico, memoria conservada, tono de voz adecuado, lenguaje fluido y coherente, pensamiento en curso normal contenido de ideas obsesivas de temor a vulnerar al alguien más, animo ansioso, sin llanto durante la sesión, juicio de realidad conservado, adecuada introspección y prospección optimista. Se observa en el paciente ciclo obsesivo, producto de las valoraciones distorsionadas que realiza posterior a tener el pensamiento “ese asesino se veía buena persona”, adicionalmente nivel cognitivo se evidencia rumiaciones cognitivas las cuales se caracterizan como la duda obsesiva entre la posibilidad de “ser un psicópata”, a nivel emocional se continúan visualizando niveles de ansiedad elevados, a nivel conductual se percibe planeación para la evitar realizar hacer algún daño a alguien. Se confirma diagnostico sospechado en la primera sesión.

Desarrollo de la sesión: Se indaga brevemente como estuvo la semana del paciente, se realiza medición del estado de ánimo ansioso el cual reporta 8/10. Se realiza junto con el paciente un pequeño resumen de la sesión anterior y se procede a crear la agenda de la sesión en la cual se incluye continuar entrenamiento en respiración diafragmática realizado y explicación del diagnóstico, finalmente se realiza retroalimentación y se envía registro de pensamientos.

Plan de Tratamiento: Para la próxima sesión se continuará la psicoeducación frente al TOC y se enseñará al paciente a diferenciar entre pensamientos automáticos y obsesiones.

10.3 Cuarta Sesión

Objetivo de la sesión: Continuar disminuyendo niveles de ansiedad

Subjetivo: Paciente que reporta que posterior a la información sobre su diagnóstico actual inicio búsqueda de información que le permita comprender mejor su estado a pesar de esto refiere que comprender su condición produce en él una esperanza ya que consideraba que “era un caso imposible”, reporta un estado de ánimo ansioso 6/10 (siendo 10 mucha ansiedad y 1 poca ansiedad). Manifiesta hacer uso de las herramientas aprendidas en sesiones anteriores para el manejo de la ansiedad, adicionalmente manifiesta resolver dudas frente al diagnóstico. En el registro de pensamientos obsesivos incluye una situación con un familiar en donde le pregunta cómo está la relación con su novia, ante esto el paciente manifestó que comenzó a tener pensamientos como “será que estamos bien, será que, si la quiero, será que yo estoy con ella por interés”, ante esto sintió ansiedad y reacciono siendo cortante en sus respuestas hacia el familiar, el paciente relata que se siente culpable por pensar así ya que eso lo hace sentir una mala persona.

Objetivo: Examen mental: Paciente dispuestos al dialogo, adecuado aspecto personal, establece contacto visual, ubicado en las tres esferas mental, sin alteraciones sensoperceptivas, euproséxico, memoria conservada, pensamiento en curso normal y con obsesiones de duda, mejoría en el estado de ánimo ansioso, sin llanto durante la sesión, fluidez verbal, adecuada introspección y prospección optimista. A nivel cognitivo se continúa viendo con claridad las obsesiones de duda, pensamientos de culpabilidad los cuales le disminuyen la ansiedad ante sus obsesiones, a nivel emocional se observa mejoría en la ansiedad, a pesar de ya se evidencia culpabilidad ante sus pensamientos lo cual hace parte del ciclo obsesivo del paciente, a nivel conductual se observa que la evitación ha disminuido puesto que antes el paciente no era capaz de saber nada frente a su condición sin embargo hay duda frente a sus conductas de búsqueda sobre información de su diagnóstico hagan parte del TOC.

Desarrollo de la sesión: Se realiza una breve síntesis sobre la semana del paciente, se hace medición del estado de ánimo (6/10), se pregunta al paciente si desea incluir algún punto en la agenda, ante esto reporta las dudas frente al diagnóstico, posteriormente se incluye la revisión de la tarea en su registro de pensamientos y finalmente enseñar al paciente a diferenciar entre pensamientos automáticos y obsesiones.

Plan de tratamiento: Restructurar las valoraciones distorsionadas.

10.4 Quinta sesión

Objetivo de la sesión: Disminuir niveles de ansiedad y reestructurar valoraciones distorsionadas de las obsesiones.

Subjetivo: Paciente que realiza un breve resumen de su semana de lo cual manifiesta una semana tranquila, a pesar de continuar presentando obsesiones, refiere un estado de ánimo ansioso 4/10 debido al uso de las herramientas vistas en terapia. Verbaliza “He estado diferenciando mis pensamientos de mis obsesiones y sé que las obsesiones son absurdas y carecen de sentido y eso me ayuda un poco, sin embargo, hay obsesiones que me hacen seguir pensando que aún me siguen asustando”. Ante lo anteriormente mencionado relata la siguiente situación: “Estaba viendo una película de terror en compañía de mi novia, esa película es de un asesino que comienza a seducir personas para matarlas, ante eso sentí mucho miedo y llegué a dudar sobre si yo pudiera llegar a ser un asesino y asesinar a alguien o que alguien me haga daño a mí, ante esto no pude dormir.

Objetivo: Examen mental: Paciente dispuestos al diálogo, adecuado aspecto personal, establece contacto visual, ubicado en las tres esferas mental, sin alteraciones sensorio-perceptivas, eufórico, memoria conservada, pensamiento en curso normal y con obsesiones de duda, mejoría en el estado de ánimo ansioso, sin llanto durante la sesión, fluidez verbal, adecuada introspección y proyección optimista. Se observa en el paciente mayor asimilación y comprensión del TOC, se observan distorsiones cognitivas como inferencia arbitraria, catastrofización y posibles esquemas de vulnerabilidad al daño, a nivel emocional a parte de la ansiedad se observa tristeza emoción que no se ha presentado en sesiones anteriores, finalmente la evitación continúa siendo la estrategia del paciente.

Desarrollo de la sesión: Se realiza un breve resumen de la semana y la sesión anterior, se hace medición del estado de ánimo y se procede a hacer agenda en la cual el paciente reporta que el día de hoy no tiene punto para incluir por lo tanto se explican las distorsiones cognitivas, el manejo de estas y estas como se ven en sus valoraciones y como refuerzan el ciclo obsesivo.

Plan de tratamiento: Continuar reestructuración cognitiva para posteriormente iniciar exposición con prevención de respuesta.

10.5 Octava Sesión

Objetivo de la sesión: Continuar la disminución de niveles de ansiedad e iniciar exposición con prevención de respuesta

Subjetivo: Paciente quien realiza un breve resumen de la semana en la cual reporta que tuvo mucha carga laboral, teniendo un sueño poco reparador y dolores musculares, adicionalmente reconoce que las situaciones de estrés llevan a que las obsesiones se hagan mas presentes a pesar de esto comenta “ Mis obsesiones aparecían mientras tenía que trabajar pero estaba con tanto trabajo que no tenia tiempo para prestarles atención, sin embargo en las noches antes de dormirme reaparecían lo que llevaba a que me sintiera un poco ansioso pero recordaba que son valoraciones distorsionadas que hago sobre ellas y empezaba a realizar ejercicios de respiración lo cual me ayudaba a conciliar el sueño.

A pesar de lo anteriormente mencionado reporta un estado de ánimo ansioso 4/10 y la disminución de la tristeza durante la semana 1/10.

Objetivo: Examen mental: Paciente dispuesto al dialogo, empático, ubicado en las tres esferas mentales, sin alteraciones sensorceptivas, euproséxico, memoria conservada, lenguaje fluido y coherente. Pensamiento en curso y contenido normal, eufímico, sin llanto durante la sesión, juicio conservado, adecuada introspección y prospección optimista.

Se observa en el paciente mayor manejo de las herramientas aprendidas durante la terapia para el abordaje de obsesiones y distorsiones cognitivas, también a nivel emocional se percibe que a

pesar de estresores laborales se ha mantenido estable su estado de animo y se ha disminuido la tristeza, a nivel conductual se observa disminución de la estrategia de evitación.

Desarrollo de la sesión: Se realiza un breve resumen de la semana del paciente, medición del estado de ánimo (Ansiedad 4/10, Tristeza 1/10), se procede a realizar agenda de lo cual se le pide al paciente si desea incluir algún tema en especial y reporta que quiere continuar con la adquisición de herramientas para el manejo del TOC. Por esta razón se procede iniciar con técnica de exposición y prevención de respuesta explicándole que para romper el círculo hay que aprender a tolerar los pensamientos, sin emplear la neutralización.

Cuando se logre esto, la ansiedad disminuirá, y la importancia dada al pensamiento se reducirá y que por esta razón procederemos a exponernos a las obsesiones que generan menor ansiedad hasta las que generan mayor ansiedad, finalmente posterior a la explicación se procede a hacer un listado de obsesiones jerarquizándolas de menor a mayor ansiedad.

Plan de Tratamiento: Continuar con técnica de exposición con prevención de respuesta, realizando una descripción detallada de cada obsesión.

11. Análisis del Caso

En el presente trabajo se describió un tratamiento cognitivo con un paciente con TOC específicamente con obsesiones de duda asociadas al peligro. Cabe resaltar que, durante el proceso de terapia, se encontró dos puntos interesantes, el concepto de vulnerabilidad y la dificultad de realizar un diagnóstico debido a unos síntomas de agorafobia en remisión parcial ya que fue difícil identificar si algunos pensamientos estaban relacionados con el TOC o con una posible reaparición de la agorafobia. Como se describió en el marco teórico estilos educativos que enfatizan la responsabilidad, el perfeccionismo, una formación moral y religiosa que establezca rígidamente la frontera entre lo que está bien y lo que está mal o que conceda una importancia especial al pensamiento, catalogándolo como “pensamientos malos o pecaminosos” pueden contribuir a la aparición de un TOC.. Esto se pudo ver en X ya que su padre se caracterizaba por ser normativo, autoritario y su madre por ser sobreprotectora y centra en el peligro lo cual va de la mano con lo que comenta Young (2012) sobre los ambientes familiares como el de X ya que pueden generar esquemas mal adaptativos en el área de autonomía y desempeño. Adicionalmente la sobreprotección de los padres puede favorecer el desarrollo de una vulnerabilidad a la ansiedad en los hijos, debido al déficit en el desarrollo de habilidades de afrontamiento y solución de problemas o al aprendizaje de miedos por condicionamiento clásico, haciendo de esta una vulnerabilidad para el TOC.

Aparte de la vulnerabilidad de X, el presentar unas creencias rígidas como “Tengo que controlarlo todo”, “Tengo que informarme” y unos supuestos como “Si controlo todo nada malo me pasaría y no sería vulnerable” “Sino controlo todo, algo malo me puede pasar y sería vulnerable” “Si me mantengo informado nada malo me va a pasar” “Sino me informo algo malo

me podría pasar”, confirma lo que menciona Clark & Beck (2012) sobre los esquemas disfuncionales y valoraciones distorsionados son la base del mantenimiento de las obsesiones y compulsiones. Esas creencias de X encajan en lo mencionado por OCCWG (Grupo de trabajo sobre las cogniciones obsesivo-Compulsivas) y las seis creencias propuestas: la responsabilidad inflada que consta en que la persona cree que es capaz de prevenir un resultado negativo; Importancia excesiva de los pensamientos es la creencia de que el solo pensamiento es capaz de indicar que algo es importante; importancia de control de pensamiento en esta creencia la persona sobrestima la importancia de ejercer control absoluto sobre el pensamiento; intolerancia a la incertidumbre consta en que la persona percibe una incapacidad de afrontar los cambios imprevistos; por último el perfeccionismo es creer que existe una solución perfecta para cada problema.

Todo lo mencionado, confirma que las personas con TOC presentan una vulnerabilidad cognitiva basada en los esquemas y creencias mencionados anteriormente. Por otro lado, el otro punto interesante fue la agorafobia puesto que se llegó a pensar en una posible comorbilidad entre TOC y Agorafobia, sin embargo, el DSM ni la bibliografía revisada reportan una posible comorbilidad, solo en el libro “Terapia Cognitiva para los trastornos de ansiedad” Clark & Beck (2012) reportan una posible comorbilidad lo que lleva a concluir y la necesidad de mayores estudios sobre el TOC y comorbilidades. Finalmente se pudo confirmar a lo largo de la intervención que aquellas guías y protocolos mencionados en el presente trabajo presentan una grane eficacia en la disminución de los síntomas mas no en la extinción de ellos.

12. Conclusiones

En el presente caso se observa la importancia de la conceptualización basados en un modelo teórico, ya que permite la comprensión adecuada del origen, mantenimiento y abordaje del TOC no solo para el terapeuta, también para el paciente. El hecho de que el paciente tenga conocimiento de su conceptualización de caso lo que incluye sus creencias centrales, intermedias, reglas, actitudes, pensamientos automáticos distorsionados, sus estrategias de afrontamiento y a su vez como estas influyen en sus reacciones fisiológicas, emociones y conductas, produce en el paciente mayor comprensión, empoderamiento, y compromiso ante la patología presentada, haciendo que esta sea más llevadera y con mejores resultados.

Otro aspecto importante del presente caso fue la importancia de las teorías cognitivas del TOC ya que ellas mencionan que el énfasis principal en el abordaje de esta patología son aquellos esquemas o creencias distorsionadas que producen el inicio y el mantenimiento del ciclo obsesivo, por ende esto permite la planeación de un plan de intervención adecuado que no solo se enfoque en la disminución de los síntomas, sino en el origen de estos, permitiendo preparar al paciente para futuras recaídas.

En este caso, el que el paciente (X) pudiera comprender lo anteriormente mencionado, le diera nombre a sus síntomas y que su ansiedad y obsesiones eran derivados de la valoración distorsionada de sus pensamientos guiados por sus esquemas, produjo en él la disminución inmediata de la sensación de desesperanza, vergüenza y culpa, puesto que la mayoría de pacientes con TOC consideran que ellos son los culpables de la presencia de sus obsesiones, ansiedad, haciendo que no consulten a un especialista debido a la vergüenza que les produce sus obsesiones.

En el transcurso del estudio se pudo evidenciar que el objetivo general se cumplió ya que se pudo aplicar el modelo cognitivo desde la conceptualización, planificación del tratamiento, elección de herramientas y técnicas.

En relación con los objetivos específicos en el caso de (X) se identificaron claramente aquellos factores cognitivos como las creencias o esquemas que originaban y mantenían el ciclo obsesivo, produciendo así dificultades en su estado de ánimo y conductas de evitación que perpetuaban su malestar, adicionalmente también se pudo identificar aquellos factores ambientales y estresores que agudizaban la patología presentada. Otro objetivo específico fue identificar aquellas comorbilidades más comunes en el TOC, en el caso de (X) pudimos ver que las comorbilidades más comunes reportadas en la literatura no se identificaron en el presente caso, sin embargo, se observó una comorbilidad con la agorafobia la cual es un trastorno que no está reportado dentro de las comorbilidades del TOC.

Con respecto a la pertinencia del tratamiento cognitivo y las técnicas utilizadas se evidenció a lo largo del estudio que fueron estas quienes permitieron la mejoría de los síntomas en (X), a pesar de esto cabe resaltar que es la reestructuración cognitiva de aquellos esquemas o creencias disfuncionales lo cual permitió mayor mejoría y prevención en futuras recaídas.

Finalmente, las teorías del TOC encontradas en la literatura se pudieron contrastar perfectamente en el caso de (X) haciendo de estas una guía para la comprensión del origen de la patología.

Este estudio puede ser útil para docentes, clínicos y estudiantes ya que muestra la importancia de abordar aquellos esquemas disfuncionales que pueden prevenir futuras recaídas, a pesar de esto es importante continuar en el estudio del abordaje del TOC, debido a que es una patología que sus síntomas se logran disminuir con un abordaje adecuado, sin embargo, no se logra extinguir del todo, lo cual es un llamado para la comunidad científica.

13. Bibliografía

- Fernandez Marcos , T., & Calero Elvira , A. (2015). EFECTOS DE LA DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO Y LA. *Psicología Conductual*, 107-126.
- Alcazar, A. R., Iniesta Sepulvena, M., & Alcazar, A. R. (2013). Los tratamientos farmacológicos en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo en niños y adolescentes: Una revisión cualitativa.
- APA. (2014). *DSM-5 Manual Diagnostico y Estadistico de los trastornos mentales*. editorial medica panamericana.
- Association, A. P. (2014). *DSM-5 Manal Diagnostico y estadistico de los trastornos mentales*. Editorial medica panamericana.
- Association, A. P. (2014). *DSM-5 Manual Diagnostico y Estadistico de los trastornos mental*. Editorial medica panamericana.
- Bados Lopez, A. (2 de Diciembre de 2005). Trastorno Obsesivo Compulsivo. *Trastorno Obsesivo Compulsivo*. Barcelona, España.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: EDITORIAL DESCLÉE DE BROWER.
- Beck, A., Freeman, A., & Davis, D. (1995). *Terapia Cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Paidós.
- Beck, J. (1995). *Terapia Cognitiva*. España: Gedisa.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva Conceptos basicos y profundización*. Barcelona: Gedisa Ofrece.

- Belloch, A., Carrió, C., & Cabeldo, E. (2011). Toc obsesiones y compulsiones. *Revista Argentina de clinica psicologica*.
- Belloch, A., Reina, N., Garcia, G., & Clarck, D. (2009). INVENTARIO CLARK-BECK DE OBSESIÓN-COMPULSIÓN (C-BOCI): VALIDACIÓN PARA SU USO EN POBLACIÓN ESPAÑOLA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología*. Mcgraw-hill/interamericana de españa.
- Berrío García, N., & Restrepo, D. L. (2017). Instrumentos de Evaluación del TOC: Revisión. *Revista Poiésis*, 101-115.
- Bigleli, R. R. (2013). Calidad de Vida en Pacientes con Trastorno obsesivo compulsivo: una revisión. *REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXII*, 139-146.
- Boticario, G. J. (2015). TESIS DOCTORAL ACTIVIDAD COGNITIVA Y TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. *TESIS DOCTORAL ACTIVIDAD COGNITIVA Y TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO*. Madrid.
- Buela Casal, G., & Sierra, J. C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 522-535.
- C., L., & Carrasco. (2003). INTERVENCIÓN EN ANSIEDAD A LOS EXÁMENES, OBSESIONES Y COMPULSIONES CONTENIDAS EN UN TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD. *Acción psicologica*.
- Caballo, V. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicologicos*. Siglo.

- Caballo, V. E. (2002). *Manual para el tratamiento Cognitivo Conductual de los trastornos psicologicos*. España: Siglo.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia Cognitiva para los trastornos de ansiedad*. España: DESCLEE DE BROUWER.
- Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. New York: Descleé.
- Gabbard, G. O. (2001). Enfoques de orientación psicoanalítica para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas*.
- García Soriano, G., Belloch, A., & Morillo, C. (2008). SOBRE LA HETEROGENEIDAD DEL TRASTORNO OBSESIVOCOMPULSIVO: UNA REVISION. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 65-84.
- Giuliana A, Y., Lorella Cook, D., Sanchez Castro, A. E., Reyes Bossio, M., & Tejada, R. (2016). Traducción y adaptación cultural del Yale-Brown para trastornos obsesivo compulsivo. Peru.
- Graeff, F. (2001). Aspectos neuroquímicos: el papel de la serotonina en el TOC. *Revista Brasileña de Psiquiatría*.
- Granja Mesa, A., Pérez Muñoz, V., Gempeler Rueda, J., Rodríguez Guarín, M., & Ribero Salazar, O. (2017). Anorexia nerviosa secundaria a un trastorno obsesivo-compulsivo con síntomas de escurpulosidad predominante en un hombre adulto. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*.
- Herrnstein. (1980). R.S. *Estudios de psicología*.

- Huertas, R. (2013). Las Obsesiones antes de Freud: historia y Clínica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro*, 1397- 1415.
- Jacobson, E. (2017). *Relajación Muscular Progresiva de Jacobson*. HISPANO EUROPEA.
- Jimenez, A., & Pascual, L. (2016). el cuestionario de control del pensamiento (tcq): propiedades psicométricas de la versión portuguesa. *Revista argentina de Clínica psicológica*.
- Kabat-Zinn, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. KAIROS.
- Lázaro Perlado, F., Mentxaka Solozabal, O., Marín Díaz Guardamino, E., Conde Rivas, M., Erazo Presser, M., & Miranda Artieda, Z. M. (2013). Trastorno obsesivo compulsivo con tics motores y verbales, trastorno de acumulación y síndrome del acento extranjero sin afasia: comunicación de un caso y revisión bibliográfica. *Revista de la asociación española de Neuropsiquiatría*.
- León Quismondo, L., Lahera, G., & López Ríos, F. (2014). Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. 725-740.
- Malpica, M., Ruiz, V., Godoy, A., & Gavino, A. (2009). Inventario de Obsesiones y Compulsiones-Revisado (OCI-R): Aplicabilidad a la población general.
- Manera, J. J. (2015). Exposición y prevención de respuesta en el caso de una joven con trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 75-81.
- Manera, J. J. (2015). Exposición y prevención de respuesta en el caso de una joven con trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 75-81.
- Menchon, J., Bobes, J., Alamo, C., Pino, A., García, M. P., Ibañez, A., . . . Sainz, J. (2019). Tratamiento farmacológico del trastorno obsesivo-compulsivo en adultos: una guía de

- práctica clínica basada en el método ADAPTE Pharmacological treatment of obsessive compulsive disorder in adults: A clinical practice guideline based on the ADAPTE methodol. *Revista de psiquiatría y Salud mental*, 77-91.
- Menzies, L., Williams, G., Chamberlain, S., Ooi, C., Fineberg, N., Suckling, J., . . . Trevor, R. (2009). Alteraciones de la sustancia blanca en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares de primer grado. *Am J Psychiatry (Ed Esp)*.
- Mower, O. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 553–565. Obtenido de Psicología y mente.
- Núria Voltas Moreso, C. H.-M. (11 de Abril de 2013). *Infocop*. Obtenido de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4801
- Pons, T. C. (2014). El espectro obsesivo-compulsivo en el DSM 5. *MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE*, 22-27.
- Robert Flors, C., & Botella Arbona, C. (1990). El trastorno obsesivo compulsivo una revisión de las teorías explicativas. *Analisis y modificación de la conducta*, 550-583.
- Rodríguez Biglieri, R. (2013). Calidad de vida en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo: una revisión. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*.
- Roncero, M., Belloch, A., Cabedo, E., & Carrió, C. (2017). Sucesos vitales estresantes en el inicio del trastorno obsesivo-compulsivo: un estudio retrospectivo. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*.

- Rueda-Sánchez, M., Díaz Martínez, L. A., & Rueda-Jaimes, G. E. (2008). Prevalencia del trastorno depresivo mayor y factores asociados: un estudio poblacional en. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 159-168.
- Saval Manera, J. J. (2015). Exposición y prevención de respuesta en el caso de una joven con trastorno obsesivo compulsivo. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 75-81.
- Toro, R., & Ochoa, D. (2010). Los perfiles cognitivos psicopatológicos en la formulación cognitiva de caso.
- Vargas, A. L. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados. *Neuropsiquiatr.*
- Vargas Álvarez, L. A., Palacios Cruz, L., González Thompson, G., & Peña Olvera, F. (2008). Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes: una actualización. Primera parte. *Salud Mental.*
- Vasquez, R., & Rodrigues Lozada, J. (1996). Analisis de los factores de riesgo y de pronostico del trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. *Rrevista Colombiana de psiquiatría.*
- Vega Dienstmaier, J. (2016). Avances en el tratamiento farmacológico del trastorno obsesivo-compulsivo. *Neuropsiquiatría.*
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2013). *Terapia de esquemas guia practica*. Desclee De.